

NÁVRH NA PŘIJETÍ K HOSPITALIZACI

MEDICON Hospitals s.r.o.

se sídlem: Praha 4, Roškotova 1717/2, PSČ 140 00

IČ: 256 34 691

DIČ: CZ 256 34 691

Pracoviště: Centrum následné péče Vysočany, Sokolovská 304, 190 00 Praha 9



JMÉNO A PŘÍJMENÍ PACIENTA:	
BYDLIŠTĚ:	
RODNÉ ČÍSLO:	ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA:
ADRESA (razítka) ŽÁDAJÍCÍHO PRACOVIŠTĚ:	
TERMÍN PŘEDPOKLÁDANÉHO PŘIJETÍ:	
DIAGNÓZA HLAVNÍ:	
DIAGNÓZY VEDLEJŠÍ:	
SOUČASNÁ MEDIKACE:	MRSA nebo jiné závažné infekce: Od kdy: Kde:
	BMI:
DŮVOD PŘIJETÍ:	

SOCIÁLNÍ ŠETŘENÍ

Poměry hmotné + příspěvek na péči:	Splatnost:
Poměry bytové:	
Příbuzní – osoby blízké (adresa, telefon):	
Žádost do domova důchodců (jiného zařízení): <input type="checkbox"/> Ano – datum a místo <input type="checkbox"/> Ne	
Pečovatelská služba: <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Domácí péče: <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne

SOUČASNÝ STAV PACIENTA

Příjem potravy	samostatně	neprovede	s pomocí	příjem p. o.	příjem PEG	NSG sonda
Mobilita	samostatně bez pomoci	samostatně po pokoji	nutný doprovod	chodítko	invalidní vozík	imobilní
Porucha orientace	orientován	zmatený klidný	zmatený neklidný	noční neklidy		
Kontinence moči	plně kontinentní	občas inkontinentní	trvale inkontinentní	zavedený PMK		
Kontinence stolice	plně kontinentní	občas inkontinentní	trvale inkontinentní	stomie		
Ostatní	TSK	CŽK	Dialýza			
Dekubity	ne	ano	kolik:	stupeň:	kde:	
Jiné rány	popis:			lokalizace:		

.....
datum

.....
navrhující lékař (razítko, podpis)

Poznámky navrhujícího lékaře:

Prohlášení žadatele, popř. příbuzných:

Jsem si vědom/a, že žádám o přijetí do zdravotnického zařízení, odkud budu po ukončení léčby (buď zhojením, nebo stabilizací procesu, kdy již nebude možné dalším pobytem docílit podstatného zlepšení zdravotního stavu) propuštěn/a. Poskytování zdravotní péče není podmíněno žádnou platbou.

Výše uvedené vyjádření je pravdivé a podané ve smyslu § 37 odst. 1 občanského zákoníku. Pokud se podané vyjádření nebude shodovat se skutečností, může to znamenat i odmítnutí pacienta.

Kam bude žadatel propuštěn po hospitalizaci v našem zařízení (přesná adresa):

.....
podpis žadatele/příbuzného

.....
**sociální pracovnice
(jméno, telefon)**

Platnost návrhu je 14 dnů, poté je nutné návrh aktualizovat.